

Приложение N 2
к Приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 15 июня 2015 г. N 344н

Наименование медицинской организации Код формы по ОКУД _____
ООО "Медицинский центр "Колесо"
----- Код учреждения по ОКПО _____

111111, г. Москва, ул. Новая, дом 5, (495) 000-00-00
Адрес ----- Медицинская документация
AA-00-00-000000 от 01.12.2012 на срок до 01.12.2017 Форма N 003-В/у
Лицензия -----

Утверждена Приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от "15" июня 2015 г. N 344н

Медицинское заключение серия _____ N _____
о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств
(кандидатов в водители транспортных средств) медицинских
противопоказаний, медицинских показаний или медицинских
ограничений к управлению транспортными средствами

Ульянов Виктор Игоревич

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) -----
25 августа 1988
2. Дата рождения: число -- месяц ----- год ----
3. Место регистрации: _____

Краснодарский край

субъект Российской Федерации ----- район _____
Краснодар
город ----- населенный пункт _____
Полевая 17 13
улица ----- дом -- квартира --

- 28 апреля 2016
4. Дата выдачи медицинского заключения: число -- месяц ----- год ----
5. Медицинское заключение:

отсутствие

Выявлено ----- (наличие) медицинских противопоказаний, медицинских
показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами
(нужное подчеркнуть).

Категории и подкатегории транспортных средств,
на управление которыми предоставляется право на управление
транспортными средствами

"A"	"B"	"C"	"D"	"BE"	"CE"	"DE"	"Tm"	"Tb"	"M"	"A1"	"B1"	"C1"	"D1"	"C1E"	"D1E"
				"	"	"	"			"				"	"
V	V									V					

Медицинские ограничения к управлению
транспортными средствами

1) Категории "А" или "М", подкатегории "А1" или "В1" с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа	
2) Категории "В" или "ВЕ"; подкатегории "В1" (кроме транспортных средств с мотоциклетной посадкой или рулем мотоциклетного типа)	
3) Категории "С", "СЕ", "D", "DE", "Тm" или "Тb"; подкатегории "С1", "D1", "С1Е" или "D1Е"	X

Медицинские показания к управлению
транспортными средствами

С ручным управлением	V
С автоматической трансмиссией	
Оборудованным акустической парковочной системой	
С использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для коррекции зрения	V
С использованием водителем транспортного средства медицинских изделий для компенсации потери слуха	

б. Фамилия, имя, отчество, подпись врача, выдавшего медицинское заключение:
Петров Вадим Тимофеевич ПЕТРОВ

М.П.
Формат бланка - А5.